|  |
| --- |
| **广东省药学会药物临床试验专业委员会药物临床试验评估申请表** |
|  填表日期： 年 月 日 |
| 评估单位名称 |  |
| 评估单位基本情况 | 经营性质 |  | 医疗机构类型 |  | 法定代表人 |  |
| 专业总数 |  | 已认定专业数 |  | I期研究室 |  ☐有 ☐无 |
| 联系人 |  | 电话/传真 |  | 邮箱 |  |
| 评估内容 |  ☐1.机构（机构办公室、辅助科室等） ☐2.伦理委员会  ☐3.专业科室： ☐4.PI和研究团队：  ☐5.试验药物管理 ☐6.I期研究室 ☐7.其他： |
| 希望评估时间 |  |
| 委托评估单位 |  |
| 委托方联系人 |  | 电话/传真 |  | 邮箱 |  |
| 被评估单位意见： ☐同意全部所选被评估内容。  ☐同意上述部分评估内容：  被评估单位负责人签字：  年 月 日（盖章） |
| 以下内容由专委会填写 |
| 专委会审批意见： ☐同意承接所选评估内容。  ☐同意承接部分评估内容：  专委会评估负责人签字： 年 月 日 |

请将电子表格发送到gdgcpqwh@163.com，并联系评估项目负责人曹老师13925096603